



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Significado actual del hallazgo de la neoplasia intraepitelial prostática de alto grado en la biopsia prostática



J. Bastarós*, J. Placer, A. Celma, J. Planas y J. Morote

Servicio de Urología y Trasplante Renal, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 19 de mayo de 2013; aceptado el 11 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 14 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;
Neoplasia
intraepitelial
prostática;
Oncogénesis

Resumen

Introducción: La neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (HGPI) es considerada una entidad precursora del cáncer de próstata (CP). La predicción de su coexistencia con CP ha variado a lo largo del tiempo y hoy en día están poco definidas las recomendaciones para el urólogo en su práctica clínica. Puesto que la HGPI es un hallazgo frecuente en la biopsia prostática y actualmente no existe una actitud clínica consensuada, es recomendable un esfuerzo en la comprensión de su significado clínico.

Objetivo: Sintetizar las principales características de la HGPI y evaluar su relación con el CP. Justificar las variaciones de su incidencia y analizar el significado clínico actual de su detección en la biopsia prostática.

Material y métodos: Revisión de la literatura basada en la búsqueda y análisis de las publicaciones halladas en PubMed con las palabras «prostate» e «intraepithelial neoplasms».

Resultados: La tasa de detección de HGPI se ha incrementado en la medida en que se ha aumentado el número de punciones realizadas en la biopsia prostática. Con los esquemas de biopsia actuales (10-12 punciones), la tasa de detección de CP en biopsias de repetición es similar en pacientes con y sin HGPI aislada. Sin embargo, la multifocalidad de la HGPI predice un mayor riesgo de detección de CP en la biopsia de repetición.

Conclusión: La detección de HGPI es frecuente con los esquemas actuales de biopsia. Su relación genética con el CP es clara y su multifocalidad es el factor predictor de CP más importante.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmbastar@vhebron.net (J. Bastarós).

KEYWORDS

Prostate cancer;
Prostatic
intraepithelial
neoplasia;
Oncogenesis

Current significance of the finding of high grade prostatic intraepithelial neoplasia in the prostate biopsy

Abstract

Introduction: High grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) is regarded as a precursor of prostate cancer (PC). However, its relationship to cancer has changed throughout the literature, being currently poorly defined and remains controversial for urologists in their clinical practice. Because of his frequency and the impact on patient outcomes that the lack of consensus clinical attitude could carry out, it seems advisable to review the understanding of this disease.

Objective: The aim of this literature review is to summarize the main features of this entity (histopathology, molecular, epidemiological) and evaluate their relationship with prostate adenocarcinoma, explaining the variation of incidence seen in the literature and the clinical significance of their finding.

Material and methods: Review of the literature, based on the research and analysis of publications found in Pubmed with the words "prostate" and "intraepithelial neoplasms".

Results: The HGPIN detection rate has increased to the extent that it has increased the number of punctures in prostate biopsies. With the current biopsy schemes (10-12 punctures), the detection rate of PC in repeat biopsies is similar in patients with and without isolated HGPIN. However, HGPIN multifocality predicts increased risk of PC detection in repeat biopsy.

Conclusion: HGPIN detection is common with current biopsy schemes. Its genetic relationship with PC is clear and its multifocality is the most important predictor factor of PC.

© 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El papel de la neoplasia intraepitelial prostática (PIN) como precursora de algunos carcinomas prostáticos (CP) fue descrito en la década de los sesenta¹. Posteriormente denominada como displasia intraductal², el término actual de PIN fue propuesto por Bostwick y Brawer en 1987 y aceptado por consenso en 1989^{1,3}.

El término PIN abarca cambios morfológicos en los que las células epiteliales prostáticas están presentes en glándulas de tamaño aumentado y ramificadas con un incremento de la complejidad de su contorno interno, similares a glándulas no neoplásicas^{4,5}. La proliferación de este epitelio produce un estrato abigarrado de células pseudoestratificadas con atipia citológica semejante a las del CP. A diferencia del CP, la arquitectura del PIN es normal y sus glándulas contienen células basales en su periferia². En su descripción histológica original la PIN se subdividió en 3 grados y posteriormente se subclassificó en PIN de alto o bajo grado, equivalentes al grado 1, 2-3, respectivamente. Debido a la ausencia de relevancia clínica muchos creen que la PIN de bajo grado no debería ser comunicado en los informes anatomopatológicos, aunque algunos recomiendan etiquetar los casos límite como de alto grado⁶. Existen hasta 4 patrones arquitectónicos de PIN (fig. 1). El patrón plano consiste en una única capa de células con nucléolos atípicos. El patrón tuftoide o acolchado, que es el más frecuente, presenta una alternancia entre áreas de estratificación y acúmulos de células adyacentes a áreas de menor hiperplasia. Cuando estos acúmulos celulares llegan a formar altas columnas de epitelio con una típica escasez de fibras vasculares se denomina patrón micropapilar. Finalmente, el patrón cribiforme muestra nidos de células epiteliales que forman patrones cilíndricos⁶.

La PIN de alto grado (HGPIN) puede parecerse histológicamente a otras entidades, algunas de ellas benignas (hiperplasia cribiforme de células claras, hiperplasia de células basales) y otras de comportamiento marcadamente agresivo (adenocarcinoma cribiforme, adenocarcinoma ductal, etc.). Un diagnóstico diferencial común cuando existe un reducido grupo de glándulas atípicas inmediatamente adyacentes a un área de HGPIN consiste en conocer si esas pequeñas glándulas representan una sección tangencial de la zona glandular de la HGPIN o un foco de carcinoma adyacente a la zona de PIN⁷. Estos focos se denominan neoplasia intraepitelial prostática de alto grado con glándulas pequeñas atípicas adyacentes. Si estas glándulas muestran alguna positividad para marcadores de células basales deben ser diagnosticadas como HGPIN.

Marcadores moleculares de la neoplasia intraepitelial prostática de alto grado

En la lesión de HGPIN se pueden encontrar algunas alteraciones genéticas presentes en el CP^{2,8,9}. Algunas de estas alteraciones son la sobreexpresión de alfa-metilacil coenzima racemasa (AMACR), pérdidas de p27KIP1, fosfatidilinositol-3,4,5-trisfosfato 3-fosfatasa) y proteína del retinoblastoma, hipermetilación de la región promotora del gen pi glutatión S-transferasa 1 y fusión de los genes de proteasa transmembrana de serina 2^{8,9}. Idealmente sería posible identificar cambios específicos entre una próstata benigna, la HGPIN y CP; sin embargo, hasta la fecha no existe ningún marcador molecular que permita realizar una clasificación diagnóstica adecuada. La expresión inmunohistoquímica de algunas proteínas puede tener algún papel en el diagnóstico de la HGPIN. Tinciones inmunohistoquímicas en la HGPIN de citoqueratinas de elevado peso molecular,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843422>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)